

<https://helda.helsinki.fi>

Maksuton raskauden ehkäisy - kenelle tarjoamme?

Gyllenberg, Frida

2019

Gyllenberg , F & Heikinheimo , O 2019 , ' Maksuton raskauden ehkäisy - kenelle tarjoamme? ' , Duodecim , Vuosikerta. 135 , Nro 15 , Sivut 1325-1326 . <
<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo15044> >

<http://hdl.handle.net/10138/320918>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Frida Gyllenberg ja Oskari Heikinheimo

Maksuton raskauden ehkäisy – kenelle tarjoamme?

Sosiaali- ja terveysministeriö on jo yli kymmenen vuoden ajan suosittelut ehkäisymenetelmien tarjoamista maksutta nuorille (1). Vaikka viime vuosien aikana yhä useampi kunta on aloittanut tai laajentanut maksuttoman ehkäisyn saatavuutta, vain alle 50 Suomen kaikista 311 kunnasta tarjoaa sitä. Kansallista linjaa maksuttoman ehkäisyn tarjoamisesta ja sen ehdoista kaivataan.

Pohtiessamme maksutonta raskauden ehkäisyä tulee asettaa tavoite siitä, mitä halutaan saavuttaa. Onko tavoitteena vähemmän teiniraskauksia vaiko vähemmän teini-iässä tehtyjä raskaudenkeskeytyksiä? Haluammeko vaikuttaa keskeytyslukuihin kaikissa ikäryhmissä vaiko ei-toivottujen raskauksien määrään? Raskaudenkeskeytyksiä on helppoa laskea ja siten intervention vaikutus on arvioitavissa; jopa kustannusarvioita voidaan tehdä. Ytimessä on kuitenkin ihminen ja hänen hyvinvointinsa. Kokonaisuus on paljon enemmän kuin euromäärät.

Voisiko ehkäisyn maksutta tarjoamisen johtavana tavoitteena olla turvallisen ja luotettavaisen seksielämän mahdollistaminen? Kun kondomi sisällytetään maksuttomien ehkäisymenetelmien valikoimaan, tämä mahdollistaa myös seksitautien torjunnan. Erityisesti nuorille suunnattu maksuton ehkäisy voisi myös ohjata heitä laajasti julkisten palveluiden käyttäjiksi. Tämä olisi varmasti tavoittelemisen arvoista.

Yhteiskunnallisia päätöksiä tehdään maassamme poliittisesti valittujen luottamushenkilöiden kautta, ja rajallisten varojen pitää riittää moneen. Mitä ehkäisymenetelmien maksutta

Ehkäisyn maksutta tarjoamisen perusteiden yhtenäistäminen poistaisi naisten ja pariskuntien väliset eriarvoisuudet

tarjoamisesta ja sen vaikutuksista tiedetään? Kaliforniassa Family PACT -vakuutusjärjestelmän kautta kaikki ehkäisymenetelmät tulivat täysin korvattaviksi vuonna 1997, ja ohjelma on laajentunut niin, että 2010-luvulla se kattoi jo 1,6 miljoonaa ihmistä (2). Fosterin ym. tekemässä tutkimuksessa arvioitiin, että jo-

kainen pitkävaikutteiseen ehkäisymenetelmään sijoitettu dollari maksoi itsensä takaisin seitsenkertaisena. Pitkävaikutteisiin menetelmiin lasketaan kierukat ja ehkäisykapselit, eikä niiden käyttö vaadi käyt-

täjältä päivittäistä muistamista. Nämä menetelmät sopivat kaikenikäisille, ja niitä pidetään myös teini-ikäisten raskauden ehkäisyn ensilinjana valintana (3). On arvioitu, että suurin osa ei-toivotuista raskauksista sattuu naisille, joilla on jokin ehkäisymenetelmä käytössä (4). Mitä enemmän menetelmä vaatii käyttäjältään, sitä suurempi riski on käyttäjävirheelle, joka on tavallisimmin unohdus. Pitkävaikutteiset menetelmät ovat tässä suhteessa käyttäjäystävällisiä ja myös tehokkaimpia menetelmiä ehkäisemään ei-toivottua raskautta (5). Kaliforniassa myös lyhytvaikutteiset menetelmät toivat säästöä, mutta maltillisemmin. Yhdysvalloissa terveydenhuollon kustannukset poikkeavat kuitenkin merkittävästi Suomen järjestelmästä, eikä vakuutus kata kaikkia väestöryhmiä.

Maksuttoman ehkäisyn vaikutuksia on tutkittu myös Suomessa, mutta ainoastaan pitkävaikutteisista menetelmistä. Vantaan kunnallisissa ehkäisyneuvoloissa on vuodesta 2013 tarjottu jokaiselle Vantaalla asuvalle tai siellä opiskelevalle naiselle ensimmäinen pitkävaikutteinen menetelmä maksutta. Pitkävaikutteisten

menetelmien aloitusmäärät ovatkin Vantaalla lisääntyneet kaikissa ikäryhmissä (6). Naiset, jotka valitsivat pitkävaikutteisen menetelmän, olivat keskimääräistä iäkkäämpiä ja useammin synnyttäneitä. Kuitenkin suurin suhteellinen käytön lisäys tapahtui alle 20-vuotiaiden naisten ikäryhmässä. On ilo huomata, että nuoret siirtyvät näihin tehokkaisiin menetelmiin, kun niitä tarjotaan maksutta. Vantaalla raskaudenkeskeytysluvut laskivat vastaavasti maksuttoman ehkäisyn saatavuuden laajenemisen jälkeen: 15–19-vuotiaiden ikäryhmässä peräti 36 %, ja 20–24-vuotiaiden ikäryhmässä 14 % (6). Mikäli nuorten raskaudenkeskeytysten väheneminen on ehkäisymenetelmien maksuttoman jakelun tavoitteena, tämänkaltaisen intervention aloittaminen voisi olla perusteltua. Myös osana raskaudenkeskeytystä tarjottu pitkävaikutteinen ehkäisy vähentää uusia ei-toivottuja raskauksia (7). On kuitenkin huomattava, että tällaiset interventiot ohjaavat naisia vahvasti valitsemaan juuri pitkävaikutteisen ehkäisymenetelmän.

Nykyinen tilanne, jossa kunnat päättävät erilaisin perustein ehkäisyn maksutta tarjoamisesta ja sen rajauksista, ei ole yhdenvertaisuusperiaatteen mukainen. Naapurikunnilla voi olla toisistaan merkittävästi eroavia käytäntöjä, jotka asettavat naiset eriarvoiseen asemaan pelkästään asuinpaikan perusteella. Mitä enemmän ehtoja maksuttoman ehkäisyn tarjoamiselle asetetaan, sen vaikeampaa ehtojen muistaminen ja ehkäisyn tarjoamisen toteuttaminen on. Ikää käytetään monessa kunnassa yhtenä kriteerinä, mutta kronologinen ikä ei kerro ihmisen varallisuudesta tai avuntarpeesta. Monessa

kunnassa tarjotaan maksutonta ehkäisyä myös niin sanotuin sosiaalisin perustein. Eriarvoisuus voi kuitenkin herkästi lisääntyä, jos yhdenmukaisia sääntöjä ei ole ja työntekijät tarjoavat maksuttomia ehkäisymenetelmiä oman harkintansa mukaan.

Nykytilanteessa vain pieni määrä kaikista Suomen kunnista tarjoaa asukkaille maksutonta ehkäisyä. Kuitenkin raportoidut kokemukset ehkäisyn maksuttomuudesta ovat olleet hyviä. Ehkäisyn maksutta tarjoamisen perusteiden yhtenäistäminen poistaisi kuntien ja ennen kaikkea naisten ja pariskuntien väliset eriarvoisuudet. Kansallisella päätöksellä olisikin mahdollista vaikuttaa koko maan seksuaalihyvinvointiin. Tutkitun tiedon valossa ensiaskeleena ehdotamme pitkävaikutteisten ehkäisymenetelmien maksutta tarjoamista kaikille alle 25-vuotiaille sekä raskaudenkeskeytyksen jälkeen. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17.
2. Foster DG, Rostovtseva DP, Brindis CD, ym. Cost savings from the provision of specific methods of contraception in a publicly funded program. *Am J Public Health* 2009;99:446–51.
3. Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics* 2014;134:e1244–56.
4. Frost JJ, Darroch JE. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. *Perspect Sex Reprod Health* 2008;40:94–104.
5. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, ym. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012;366:1998–2007.
6. Gyllenberg F, Juselius M, Gissler M, ym. Long-acting reversible contraception free of charge, method initiation, and abortion rates in Finland. *Am J Public Health* 2018;108:538–43.
7. Pohjoranta E, Mentula M, Gissler M, ym. Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion – first-year results of a randomised controlled trial. *Hum Reprod* 2015;30:2539–46.



FRIDA GYLLENBERG, LL, väitöskirjatutkija
Vantaan kaupunki, Helsingin yliopisto



OSKARI HEIKINHEIMO, LKT, professori,
osastonylilääkäri
Naistenklinikka, Helsingin yliopisto ja Hus

SIDONNAISUUDET

Frida Gyllenberg: Ei sidonnaisuuksia

Oskari Heikinheimo: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Bayer AG, Exeltis, Gedeon Richter, MSD/Merck, Sandoz), muut sidonnaisuudet (Osakeomistus OHeikinheimo Consulting Oy)